

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N° 290

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

Soutenue devant la Faculté de Médecine de Paris en 1929

Par Pierre-Léon HOUZEAU

Né le 2 Décembre 1902 à Paris (Seine)

LES STOMATITES DE L'HUILE GRISE



Président : P. LEREBoullet, professeur



PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1929

Les Stomatites de l'Huile grise



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N^o

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

Soutenue devant la Faculté de Médecine de Paris en 1929

Par Pierre-Léon HOUZEAU

Né le 2 Décembre 1902 à Paris (Seine)

LES STOMATITES
DE L'HUILE GRISE

Président : P. LEREBoullet, professeur



PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1929

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN . . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	N...
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	MAURICE VILLARET.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	M. LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'an- céphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
Clinique de la Tuberculose	LÉON BERNARD.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
Clinique ophtalmologique	GOSSET.
Clinique urologique	TERRIEN.
	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILLEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	BRANCA.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	Pathologie médicale.
ALAJOUANINE .	Neurologie et psychiâtrie.
AUBERTIN.....	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE.	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
DUVOIR	Médecine légale.
ECALLE	Obstétrique .
FIESSINGER ...	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expériment ^{le} .
GATELLIER ...	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER .	Urologie.
HOVELACQUE ..	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.

MM.

JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX	Anatomie pathologique.
LÉVY-SOLAL ..	Obstétrique.
LHERMITTE ...	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
MERCIER (F.) .	Pharmacologie.
METZGER	Obstétrique.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PHILIBERT	Bactériologie.
OLIVIER	Anatomie.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHT Fils...	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphili- graphie.
VALLERY-RADOT	
(Pasteur) ..	Pathologie médicale.
VAUDESCAL ...	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET	Pharmacologie.
GUENIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
RETTERER ...	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LE LORIER ...	Clinique obstétricale.
LÉRI.....	Clinique médicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
MAUCLAIRE, agrégé.	{ Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	{ Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	{ Education physique.
LEDoux-LEBARD	{ Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ.....	{ Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

A MON PÈRE

A MA MÈRE

*Bien faible témoignage de ma très
tendre affection.*

A MON ONCLE

LE DOCTEUR CH. SCHAEFER

Stomatologiste de l'Hôpital Beaujon

Professeur à l'Ecole française de Stomatologie

*Auquel déjà je dois tant. En gage
d'infinie reconnaissance.*

MEIS ET AMICIS

A MON MAÎTRE

M. LE PROFESSEUR LEREBoullet

Médecin de l'Hôpital des Enfants-Assistés

En souvenir de mon external aux Enfants-Malades, et en reconnaissance de l'honneur qu'il me fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A MON MAÎTRE

M. LE DOCTEUR CHOMPRET

*Stomatologiste de l'Hôpital Saint-Louis
Professeur à l'Ecole française de Stomatologie*

Qui m'a réservé l'accueil le plus cordial dans son service. En témoignage de respectueux attachement.

À MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

M. LE PROFESSEUR SERGENT.
M. LE PROFESSEUR HARTMANN.
M. LE DOCTEUR COURCOUX.

Externat

LE DOCTEUR HALLOPEAU (*in memoriam*).
LE PROFESSEUR SICARD (*in memoriam*).
M. LE DOCTEUR PAGNIEZ.
M. LE DOCTEUR R. BENARD.
M. LE DOCTEUR CATHALA.

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE FRANÇAISE DE STOMATOLOGIE

LES STOMATITES

DE L'HUILE GRISE

Introduction

Une thèse sur les stomatites mercurielles imputables à l'huile grise paraîtra peut-être bien archaïque, étant donné d'une part, que l'emploi de cette préparation s'est singulièrement restreint, notamment depuis que l'usage des sels de bismuth s'est répandu dans la thérapeutique antisypilitique, et d'autre part, que les formes graves de stomatite qui en dépendaient sont devenues de plus en plus rares, au fur et à mesure que l'expérience montrait combien grande devait être la prudence au cours de l'application de ce traitement.

Pourtant nous ne pensons pas que l'intérêt de la question soit éteint du fait de cette diminution de fréquence des cas graves, qui en font toute l'individualité. Aujourd'hui encore, en effet, on peut rencontrer des formes de stomatites mortelles. De plus, ces formes semblent bien spéciales à l'huile grise, et notamment leur évolution s'oppose pour ainsi dire aux stomatites bismuthiques, même sévères, qui, à notre connaissance, n'ont jamais donné lieu à une issue fatale. Un cas que nous avons pu observer à l'Hôpital Saint-Louis, dans le Service de Stomatologie de notre maître, le Docteur CHOMPRET, nous a donné l'occasion d'étudier les stomatites de l'huile grise et de nous attacher particulièrement aux formes graves.

A la lumière des avis autorisés de ceux qui nous ont précédés dans cette voie, nous essaierons, après en avoir dégagé l'aspect clinique, d'en discuter la pathogénie et d'indiquer les précautions à prendre lorsqu'on emploie l'huile grise.

Historique

C'est au xv^e siècle que le mercure apparut pour la première fois comme antisypilitique. Gaspar TORELLA en 1497, Conrad GILINI en 1498, se firent les champions de la nouvelle méthode et GORIS chantait les louanges du « mercurius triumphator », qui bientôt fut utilisé sous forme d'onguents, d'emplâtres, de fumigations.

Ce fut l'âge des stomatives effroyables. Jean DE VIGO rapporte : « Les frictions sont faites jusqu'à ce que les dents commencent à s'agacer et à devenir douloureuses. Il se produit alors un écoulement de pituite qui sort des gencives et des tissus voisins; parfois ce sont des ulcérations véritables, qui communiquent à l'haleine une notable fétidité ». Il croyait, comme tous ses contemporains d'ailleurs, que la salivation servait à éliminer « l'humeur morbide », et la considérait comme indispensable, tout en s'efforçant de la modérer. Mais le résultat restait épouvantable, si bien que la lutte s'organise contre le nouveau médicament susceptible de causer de tels ravages, et il est abandonné. Cependant, dans la deuxième moitié du xvi^e siècle, il n'y a plus de résistance : le mercure est employé par tous les médecins comme le remède héroïque de la vérole.

En 1734, Henri HAGUENOT règle son emploi en prescrivant que « l'on doit s'efforcer d'éviter la salivation, inutile et dangereuse ». C'est la *méthode de Montpellier*. Puis ASTRUC étudie la stomatite plus minutieusement et plus complètement, et de nouveau se dessine un mouvement d'« antimercurialisme ».

Après une longue période de calme, le mercure se trouve de nouveau combattu par BROUSSAIS et ses élèves, qui lui attribuent en partie la production des accidents secondaires. KÜSSMAUL, en 1861, dans son livre sur le *Mercurialisme*, démontre la différence entre les accidents du mercure et ceux

qu'il faut attribuer à la syphilis, et enfin RICHORD précise nettement les indications du traitement mercuriel et son mode d'emploi.

Si nous nous sommes un peu étendu, peut-être, sur l'histoire du mercure en général, alors que nous n'aurions dû envisager que celle de l'huile grise, c'est qu'il est assez curieux de remarquer que celle-ci est la réplique de celle-là, et que les mêmes phases d'engouement, de doute, se retrouvent, avec les partisans convaincus et les adversaires acharnés de la préparation. D'ailleurs, cette divergence d'opinions reconnaît, dans l'un et l'autre cas, les mêmes causes : l'emploi du mercure est mal réglé, les préparations elles-mêmes ne sont ni uniformes, ni stables, et les stomatiques mortelles se multiplient. Ce sont celles-ci qui, durant de longues années, vont faire mettre à l'index par nombre de partisans l'huile grise.

Puis cette atmosphère de lutte se calmera avec les progrès de la méthode, jusqu'au jour où l'apparition de nouvelles préparations mercurielles d'abord, de préparations arsenicales et bismuthiques ensuite, fera perdre à l'huile grise la place qu'elle tenait dans la thérapeutique antisypilitique.

FÜRBRINGER, en 1877, avait pratiqué pour la première fois des injections de mercure métallique, injections qu'il perfectionna ensuite en ajoutant un véhicule composé d'eau gommeuse et de glycérine. Cependant, les résultats ne correspondant pas à son attente, il abandonna ses recherches.

En France, JULLIEN, en 1879, les répète, mais sans plus de succès. Ses injections étaient hypodermiques et donnaient lieu à des accidents locaux. LUTON, à Reims, dans une très belle série de recherches, pratique des *injections intramusculaires*, en ayant soin de faire une sorte d'émulsion de mercure métallique au moyen de la glycérine, par une agitation longtemps prolongée.

Mais ses études restent sans écho, malgré des communications magistrales aux sociétés savantes.

C'est le Professeur LANG, de Vienne, que l'on peut considérer comme l'auteur du traitement de la syphilis par l'huile grise

en 1884. Il multiplie ses expériences et donne sa formule d' « oleum cinereum » :

Mercure	trois parties
Lanoline	trois parties
Huile d'olive	quatre parties

et conclut à la supériorité des injections d'huile grise sur les injections de calomel : douleur moindre, résorption plus rapide, infiltration moins grosse.

Aussitôt, dans toute l'Europe médicale, la question occupe le premier plan des discussions.

HALLOPEAU publie une revue où il se prononce nettement contre la méthode des injections mercurielles massives, contre l'huile grise en particulier. « On n'est pas maître, écrit-il, de la salivation mercurielle. Dans certains cas, elle est lancée avec une impulsion telle que malgré toutes les précautions, malgré la suppression immédiate du mercure, rien ne peut l'arrêter et elle poursuit son cours avec une violence extrême. »

BALZER modifie la formule de LANG en employant l'huile grise benzoïnée et en insistant sur ce point pour lui capital : « *les soins de la bouche préservent de la stomatite* ». Son élève, BRIEND, publie sa thèse en 1888 sur les avantages de la méthode et son efficacité. « A l'encontre des pilules, elle respecte le tube digestif; elle n'est pas onéreuse, et elle est pratique car les piqures sont rares. De plus elle est active... »

Mais les cas de stomatites graves affluent : KAPOSÍ au Congrès de l'Hôpital Saint-Louis en 1889, LINDSTRÖM en 1890 à Prague, insistent sur ce point, et la lutte continue. BALZER, qui s'est fait le champion forcené de la méthode, réplique « que la stomatite n'est pas plus fréquente avec l'huile grise qu'avec les pilules, les frictions ou les injections solubles ». Pourtant, en 1890, VOGELER publie sa statistique dans laquelle il relate dix cas de mort.

En 1894, AUGAGNEUR publie l'observation d'une stomatite à répétition à la suite d'une seule injection d'huile grise et signale

qu'il a dû « faire l'ablation du noyau métallique qui donnait lieu à des poussées successives de stomatite par suite des traumatismes qui brisaient la zone de sclérose périnodulaire. Il dut disséquer et enlever tout le tissu cellulaire de la fesse pour supprimer la cause de ces accidents ».

Cette observation était fort instructive. Elle montrait l'importance des *nodi* du point de vue des accidents de stomatite et le bénéfice thérapeutique qu'apportait leur ablation chirurgicale. D'autre part, elle mettait en relief l'irrégularité de l'absorption du médicament. Cette absorption, au lieu d'être constante, mathématiquement dosée d'après le titre et le nombre des injections, est en fait livrée au hasard des réactions inflammatoires. « Chez tel malade, écrit-il, un centimètre cubé d'huile grise aura abandonné tout son mercure en huit ou dix jours ; chez un autre ou chez le même sujet, dans d'autres conditions, l'absorption se poursuivra pendant des semaines. »

STOUKOVENKOFF combat également l'huile grise, qu'il accuse d'un faible pouvoir thérapeutique et de complications buccales fréquentes. « Dans cinquante pour cent des cas, dit-il, ces stomatites sont graves, rebelles, apparaissent soit au cours ou immédiatement à la fin du traitement, soit au bout d'un temps quelquefois très long après la suspension de la cure, un, deux, trois et quatre mois. » Il mettait ainsi en valeur la fréquence des *stomatites tardives*.

Pourtant THIBIERGE, JULLIEN, LE PILEUR, BARTHÉLÉMY sont partisans de la méthode, à condition toutefois de ne pas employer plus de « 3 gouttes 1/2 », soit 0 gr. 07 de Hg métallique par injection, celles-ci devant rester hebdomadaires et se poursuivre durant quatre semaines.

Dès ce moment (1896), BARTHÉLÉMY signale combien bizarre est cette posologie par gouttes et la place qu'elle laisse aux erreurs, c'est-à-dire aux possibilités de complications graves, sur lesquelles insiste DE BEURMANN. « A côté de la fréquence, il faut aussi tenir compte de l'intensité de la stomatite : elle n'est jamais plus sévère qu'après l'emploi de l'huile grise. »

Cependant une grande amélioration va être faite dans la méthode, lorsqu'en mars 1898 BARTHÉLÉMY présente à la Société de Dermatologie la seringue qu'il a conçue. « Depuis que je l'utilise, dit-il, je n'ai eu ni abcès, ni stomatite. » Ainsi le moyen pratique de réaliser l'injection était donné : chaque division de la seringue correspondant exactement à 0 gr. 01 de mercure métallique. Il en préconise 1 cgr par semaine pour le nouveau-né, 7 pour la femme, 10 pour l'homme, à faire en une seule injection et pendant six semaines.

Puis suit une longue période de silence, jusqu'en 1906, où FOURNIER décrit la forme *hypertrophique-pseudo-scorbutique* des stomatites de l'huile grise, et recommande encore la prudence dans l'emploi de cette préparation.

Un an plus tard, DUHOT, de Bruxelles, fait un rapport sur l'emploi de l'huile grise à haute dose. Il atteint les chiffres vertigineux de 20 injections de 0 gr. 14, et il nie tout accident, en particulier les stomatites. Il est vrai qu'il ne néglige aucun soin buccal. « La fréquence de la stomatite, dit-il, est moins proportionnelle à la quantité de mercure qu'on injecte qu'à la somme de soins que l'on donne à la cavité buccale pour la purger de ses nids microbiens. »

L'huile grise a gagné du terrain. Pourtant le cas de stomatite publié par LETULLE à la Société médicale des Hôpitaux en 1906 donne à réfléchir à certains, et BALZER, tout en reconnaissant les avantages de la méthode, s'alarme de l'existence de ces cas mortels. « Ajoutez, déclare-t-il, que tous les cas mortels n'ont pas été publiés, et que dans l'espace d'un an on en a compté 5 à 6 à l'Hôpital Saint-Louis. J'estime que pour être exact, il faudrait doubler les statistiques des morts par injections d'huile grise. Quelles que soient les atténuations que l'on puisse fournir pour de tels faits, il devient de plus en plus impossible de n'en être pas frappé. » Aussi réserve-t-il son emploi pour des cas particuliers où il est réellement indiqué, et en s'entourant de toutes les précautions nécessaires. C'est ainsi qu'il se range dans le camp des « opportunistes » à côté de FOURNIER et de RENAULT. Celui-ci réclame, d'ailleurs.

un taux uniforme d'huile grise, pour éviter les erreurs, une huile homogène à température normale pour éviter des couches de concentration différente. A la suite de ce vœu, *une commission de l'huile grise* est nommée qui, après les travaux de LAFAY, donne en conclusion, le 7 décembre 1907, la nouvelle formule :

Mercure purifié	40 gr.
Lanoline anhydre ou graisse de laine....	26 gr.
Huile de vaseline officinale	60 gr.

qui contient 0 gr. 40 de Hg par centimètre cube.

Depuis la seringue de BARTHÉLÉMY, c'était le second grand progrès que faisait la méthode.

Pourtant les publications de stomatites mortelles continuent : LASSERRE, VERCHÈRE, GAUCHER et LOUSTE, LÉVY-BING les signalent et GAUCHER conclut : « L'huile grise est dangereuse, parce qu'elle est facilement mal faite. Même bien faite, elle reste dangereuse. »

Depuis, c'est le silence jusqu'en 1926 : l'huile grise est, d'ailleurs, de plus en plus rarement employée. Le cyanure en injections intraveineuses, préconisé par ABADIE dès 1895, absorbe maintenant la presque totalité des traitements mercuriels. Les médications arsenicales et bismuthiques ont pris un développement qui ne cesse de s'accroître. Seuls quelques-uns gardent leur confiance à l'huile grise, tel M. MILIAN qui, en 1926, écrivait : « L'huile grise est un médicament qu'on oublie et qui cependant mérite de rester dans la pratique, tant par son activité thérapeutique que par la commodité de son emploi. » D'autres, tel EMERY, restent des adversaires convaincus de « cette préparation qui, dit-il, devrait être la dernière des préparations mercurielles à employer ».

Stomatites simples

Avant d'aborder la description des formes graves de la stomatite de l'huile grise, nous dirons rapidement quelques mots des formes simples.

A côté des lésions buccales de grande intensité, qui forment en propre le cadre des stomatites de l'huile grise, il existe, en effet, heureusement pourrait-on dire, tous les degrés, depuis la salivation légère et les formes chroniques frustes, caractérisées par le *liseré mercuriel* de MILIAN, jusqu'à la stomatite moyenne et généralisée. Ce sont d'ailleurs ces formes qu'ont reconnues les partisans des injections de mercure métallique en suspension huileuse, et sur lesquelles ils appuyaient justement leur théorie, qui voulait que les stomatites leur incombant n'étaient ni plus fréquentes, ni plus graves qu'avec toute autre préparation mercurielle.

Pour de nombreux cas, ils ont raison, mais il n'en reste pas moins vrai, d'abord que les faits rapportés de stomatites mortelles sont indéniables, ensuite que lorsqu'il s'agit d'injections d'huile grise, on ne peut jamais répondre de l'évolution de la stomatite. Elle paraîtra banale à son début torpide, puis rapidement s'aggravera, brûlera les étapes et présentera bientôt tous les caractères d'une affection extrêmement sévère.

Souvent, au cours d'un traitement par injections huileuses, on rencontre le type décrit par Fournier sous le nom de *stomatite d'alarme*. Ce sont les formes les plus légères, les plus bénignes, comme aussi les plus précoces dans leur apparition. Elles sont une contre-indication formelle à poursuivre l'emploi de l'huile grise, même si, comme c'est la règle, ces stomatites ont pour cause favorisante un mauvais état dento-buccal, auquel on pourrait croire suffisant de remédier avant de continuer les injections insolubles. Les soins stomatologiques qui s'imposent pourront permettre de continuer l'emploi du mercure, avec cependant la plus extrême prudence, si ce mé-

tal est spécialement indiqué contre tel cas de syphilis, mais jamais par des injections de préparations insolubles, jamais surtout avec de l'huile grise.

Ces stomatites, dans leur type le moins accentué, se résument à un léger excès de salivation avec à peine un peu de tension et de gêne au niveau où siège la lésion. En arrière le plus souvent de la dent de sagesse inférieure apparaît une petite languette rouge, effilée, mobile, flottante, c'est le *décollement rétromolaire*. D'autres fois, c'est une zone très localisée de gingivite autour d'une dent cariée. Dans d'autres cas encore, le type est celui que l'on rencontre le plus fréquemment comme mode de début de toute stomatite mercurielle : c'est la *gingivite médiane inférieure*. Au niveau des incisives médianes, puis latérales inférieures, du côté vestibulaire uniquement en général, la gencive rougit et se boursouffle, et sous le bord gingival décollé, on peut avec le doigt faire sourdre une goutte de liquide séro-purulent. Les signes fonctionnels sont cette fois plus marqués : l'haleine devient fétide, il existe un certain agacement des dents, la mastication est douloureuse et le malade accuse un goût métallique dans la bouche. Enfin, la stomatite peut se localiser, se latéraliser sur une paroi jugale suivant le decubitus droit ou gauche habituellement adopté par le malade. La joue est rouge, parfois excoriée et cette *inflammation génienne* s'accompagne de sensation de cuisson, de brûlure, qui augmente au contact des aliments.

A côté de ces formes bénignes, M. MILIAN a décrit la *stomatite névralgique*, dans laquelle les symptômes se résumeraient en l'apparition au cours du traitement mercuriel de douleurs pharyngiennes ou amygdaliennes, avec irradiations otalgiques s'accompagnant d'un certain degré de stomatite.

Ces stomatites ne s'accompagnent que rarement de signes généraux. Parfois cependant, le malade éprouve assez brusquement une céphalée vive et généralisée et une sensation de gêne rétro-sternale, il se sent courbaturé et sa température s'élève. Il peut même arriver que le tableau soit assez alarmant, mais la bénignité resté toujours réelle. Cet incident réalise ce

qu'EMERY a appelé la « grippe mercurielle » et MILIAN la « neurasthénie mercurielle ».

Un degré de plus dans l'échelle de la gravité et nous rencontrons la *stomatite moyenne et généralisée* avec les quatre ordres de symptômes sur lesquels insiste FOURNIER. La *fétidité de l'haleine* est très marquée, la *salivation* est intense : c'est une salive épaisse, blanchâtre, filante, qui force le malade à cracher continuellement. Localement, l'*inflammation* de toute la muqueuse est très accentuée et siège au maximum en arrière de la dernière grosse molaire inférieure, au niveau des incisives inférieures et au pourtour des dents cariées ou mobiles. A ce stade, les excoriations et ulcérations ne sont pas rares; saignant au moindre contact, elles siègent soit du côté vestibulaire, notamment au niveau des languettes interdentaires qu'elles détruisent, soit sur la muqueuse génienne, plus rarement du côté palatin. Les lèvres sont tuméfiées, de même que toute la muqueuse endobuccale et les dents viennent marquer leur empreinte sur la langue et la muqueuse jugale. Un enduit suburral épais recouvre toute la surface infectée. Enfin, il existe constamment à ce stade une *adénopathie* sous-maxillaire marquée, douloureuse, s'accompagnant parfois de périadénite. Classiquement, il n'y aurait pas de fièvre, mais en réalité, il s'agit d'une infection déjà sérieuse et la température s'élève plus ou moins.

Si l'évolution doit être favorable, et grâce à un traitement approprié, les choses peuvent en rester là et peu à peu, en une quinzaine de jours, le processus de stomatite s'éteint et la muqueuse buccale recouvre lentement son intégrité.

Telles sont les formes des stomatites mercurielles simples que l'on peut rencontrer au cours du traitement par l'huile grise. Elles ne sont en somme autre chose que celles que l'on rencontre après l'emploi de n'importe quelle préparation mercurielle, et elles font le passage avec les formes graves qui individualisent les stomatites de l'huile grise. Ce n'est pas à dire qu'il n'y ait des préparations mercurielles insolubles et même solubles, autres que l'huile grise, qui ne soient capables de causer des

lésions aussi redoutables que celles que nous allons envisager, mais il reste acquis et nous insistons sur ce point :

1° que plus que toute autre préparation l'huile grise est celle qui cause le plus de stomatites graves pouvant aboutir à la mort;

2° que certaines des formes de ces stomatites lui appartiennent en propre et n'ont été décrites qu'à l'occasion des discussions auxquelles a donné naissance son emploi.

Stomatites graves

Ces formes, répétons-le, sont beaucoup plus rares aujourd'hui qu'autrefois, mais leur existence n'en est pas moins réelle. Elles peuvent revêtir plusieurs types que nous étudierons successivement.

La stomatite intense et généralisée. — Elle n'est en quelque sorte que l'exagération de la forme précédemment envisagée. Mais ici le tableau clinique devient singulièrement dramatique tant par les épouvantables lésions locales que par l'atteinte profonde de l'état général.

Elle peut débiter à n'importe quelle date au cours d'un traitement par l'huile grise. Souvent elle survient après la quatrième ou cinquième injection, parfois plus tard, et son début peut revêtir deux aspects différents. Ou bien c'est une stomatite que l'on pense banale et qui s'aggravera secondairement, et ces cas torpides à leur début sont fréquents; ou bien, dès l'instant où la stomatite s'installe elle prend l'allure d'une affection d'une extrême gravité. Bientôt les muqueuses gingivales, juguales, labiales, sont le siège d'un gonflement énorme, qui parfois gagne le palais, les piliers, le voile, la luette, s'accompagnant alors de symptômes angoissants d'asphyxie nécessitant la trachéotomie. La muqueuse, rouge, lisse, presque luisante par places, est le siège, à d'autres, d'*ulcérations* plus ou moins étendues, parfois confluentes, recouvertes d'une fausse membrane grisâtre, en général peu épaisse, s'enlevant assez facilement. Le fond de cette ulcération apparaît alors sanieux, laissant voir suivant son siège et sa profondeur des lambeaux sphacelés d'aponévrose, des muscles dénudés et commençant à se dissocier, ou de l'os rongé par le processus de nécrose.

Comme toujours, le siège électif de ces ulcérations se trouve au niveau du maxillaire inférieur, dans sa partie la plus reculée : dans la région rétro-molaire. Mais parfois, c'est une large

surface cruentée qui se développe rapidement au niveau des incisives inférieures, mettant à nu les collets et les racines des dents sur une hauteur plus ou moins grande. A ce stade, la bilatéralité des ulcérations est la règle, et très rapidement celles-ci se creusent, se multiplient, se généralisent. On en trouve au maxillaire supérieur, soit au niveau d'un point d'appel constitué par une carie dentaire, soit au niveau d'une dent de sagesse en évolution, d'une dent devenue mobile par suite de la laxité des ligaments alvéolo-dentaires; en un mot, partout où a pu se développer facilement une infection microbienne atténuée, capable de se réveiller soudainement à la faveur de l'intoxication mercurielle. Parfois, au niveau du sillon gengivo-labial, l'ulcération revêt le type dit « en feuillet de livre » exactement comme pour le chancre décrit en cette région. Boursoufflée, énorme, saignante, la gencive est rapidement rongée : les languettes interdentaires les premières ont disparu. L'infection fuso-spirillaire gagne en profondeur, les ligaments sont détruits, l'os nécrosé. Des séquestres parfois énormes s'éliminent, pouvant donner lieu à des hémorragies extrêmement redoutables, parfois mortelles.

La langue, recouverte d'un enduit saburral extrêmement épais est elle aussi, le siège de lésions importantes. Augmentée, parfois doublée de volume, elle pend entre les arcades dentaires qui viennent imprimer à ce niveau un sillon, favorisant ainsi la production des ulcérations. Rapidement la langue perd sa mobilité; elle se colle au plancher de la bouche par infiltration de celui-ci, et les troubles fonctionnels de la parole et de la déglutition s'accroissent encore.

L'*adénopathie* est constante, bilatérale, énorme. Très douloureuse, elle intéresse les régions sous-maxillaires qui sont comblées par une masse de ganglions noyés dans la périadénite, et qui ne tarderont pas à évoluer pour leur propre compte. Soit qu'on les incise, soit qu'ils viennent s'ouvrir spontanément à la peau, ils donneront issue à de la sérosité louche, fétide, mais rarement à du pus. Les régions paroti-

diennes, sus-hyoidiennes se tuméfient à leur tour déformant totalement le visage et le cou.

En résumé, du *point de vue physique*, on est frappé par l'allure dramatique que prennent les lésions de stomatite, par leur aspect gangréneux dû au développement des anaérobies dont la virulence s'exalte dans ce milieu profondément infecté, à la faveur de la disparition de toute résistance du terrain sur lequel l'affection évolue.

À côté de cet aspect ulcéro-nécrotique des lésions, de l'énorme adénopathie qui les accompagne, une tétrade va souligner du *point de vue fonctionnel* la gravité du tableau clinique. Un *trismus* intense apparaît bientôt, rendant toute alimentation solide impossible, et nécessitant parfois l'emploi d'une sonde nasale pour faire passer quelques liquides. Au début, il s'agit d'un trismus antalgique; mais lorsque les lésions ont pris le développement que nous venons de décrire, les muscles masticateurs deviennent le siège d'une véritable myosite inflammatoire, parfois gangréneuse. Nous relaterons d'ailleurs plus loin une observation typique de M. MILIAN à ce sujet.

Les *douleurs* atteignent une violence des plus pénibles due à l'atteinte et à l'envahissement des terminaisons nerveuses et des nerfs.

La *salivation* est extrêmement abondante: un litre, deux litres, parfois davantage, d'une salive épaisse, filante, s'écoulent en 24 heures au niveau des commissures des lèvres tuméfiées et entr'ouvertes.

Enfin la *fétidité* de l'haleine devient repoussante, incommodant le malade et son entourage.

L'*état général* est profondément altéré. La fièvre s'allume et s'élève rapidement atteignant jusqu'à 39° degrés. Le faciès du malade est celui d'un grand infecté: les yeux se cernent, le visage se couvre de sueurs; parfois du subictère apparaît.

D'ailleurs, à côté de cette stomatite que nous savons être d'origine microbienne depuis les travaux de VINCENT, de GALLIPPE et de LE BLAYE, l'intoxication mercurielle fait son œuvre,

lésant le foie et les reins. Les urines arrivent à contenir une grande quantité d'albumine; elles se raréfient puis se suppriment. Cette anurie a pour double conséquence de suspendre toute élimination de mercure par les émonctoires rénaux et de faire apparaître l'urémie. La diarrhée souvent sanglante est de règle et vient compléter les signes d'intoxication mercurielle.

Cette atteinte du foie et des reins peut relever toutefois d'une cause autre que l'intoxication. Des embolies septiques à point de départ buccal peuvent créer des abcès miliaires du foie, des abcès multiples des reins. De même pour les poumons : qu'il s'agisse d'une gangrène pulmonaire d'origine embolique, ou de broncho-pneumonie de déglutition. De même encore pour la diarrhée qui peut être due à la déglutition de particules sphacéliques et septiques.

Profondément infecté, de jour en jour plus affaibli par l'insomnie, la dénutrition, la salivation continuelle et la diarrhée profuse, le malade ne tarde pas à succomber à la septico-pyohémie, à une hémorragie, ou à l'une des complications septico-toxiques que nous avons signalées plus haut.

Telle est l'allure impressionnante que revêt souvent la stomatite intense et généralisée.

Cependant son évolution n'est pas toujours identique. Parfois elle est coupée d'une phase de rémission, d'une accalmie trompeuse. Les symptômes locaux diminuent d'intensité, les signes fonctionnels et généraux s'améliorent : on pense que malgré son allure dramatique la stomatite va rétrocéder lorsque brusquement la gravité s'accroît de nouveau et la fin se précipite.

D'autres fois, le tableau clinique peut être moins grave et la guérison de la stomatite survenir, laissant localement plus ou moins de ravages et un état général plus ou moins compromis, favorable à l'éclosion d'une affection aiguë quelconque ou d'une tuberculose qui peut être rapidement évolutive.

Voici un exemple rapporté par Alexandre RENAULT, des séquelles effrayantes que peut laisser une stomatite grave de l'huile grise.

« Un malade, ancien syphilitique de 15 ans, avait reçu cinq injections d'huile grise, à une dose il est vrai restée inconnue. Quoiqu'il en soit, quelques jours après la dernière, ce malade est entré à Cochin avec une stomatite qui, très rapidement, a pris des proportions effrayantes : perte de deux litres de salive dans les 24 heures, ébranlement de la plupart des dents, gonflement énorme de la langue, ulcérations multiples, trismus, impossibilité quasi complète de la parole et de l'alimentation. L'amaigrissement était devenu extrême. Bref, ce pauvre homme était tellement étreint par la souffrance qu'il voulait se suicider.

La terminaison a été heureusement moins tragique, et le patient a fini par guérir. Mais à quel prix ! Il perdit complètement sa luvette, une bonne partie de son voile du palais, et enfin une large portion de son maxillaire inférieur. »

Le même auteur a rapporté une très belle observation d'une stomatite grave qui a guéri, mais qui a été suivie de l'écllosion d'une tuberculose pulmonaire. Nous la retrouverons à propos de la stomatite tardive.

Stomatite tardive. — Cette forme est la plus typique des stomatites de l'huile grise, et c'est elle que nous aurons surtout à discuter lorsque nous étudierons la pathogénie de ces accidents.

Sa gravité peut être plus ou moins grande, et par conséquent elle peut rentrer de ce point de vue dans l'une ou l'autre des classes que nous avons vues précédemment. Pourtant les formes graves sont ici les plus fréquentes et nous allons pouvoir en donner quelques exemples par des observations retrouvées dans la littérature et par celle du cas que nous-mêmes avons suivi à l'hôpital Saint-Louis avec notre ami FRAENKEL.

Successivement STOUKOVENKOFF, Alex. RENAULT, FOURNIER, BROcq, PAUTRIER y insistèrent et LALANNE en rapporta plusieurs cas dans sa thèse. Entre autres, BROcq écrit : « Ces stomatites tardives sont presque toujours d'une extrême inten-

sité, avec ulcérations et décollement des gencives, ulcérations de la face interne des joues, tuméfaction générale de la muqueuse buccale, salivation abondante. »

Alors qu'en cours de traitement, les injections ont été remarquablement supportées, c'est brusquement, et parfois assez longtemps après la cessation de ce traitement que se déclarent ces stomatites généralement graves, toujours rebelles, et dont certaines ont pu se terminer par la mort.

OBSERVATION I (Alex. RENAULT)

A. M.... âgée de 34 ans, cuisinière, entre le 21 juillet à l'hôpital Broca. C'est son second séjour dans cet hôpital. Elle y resta précédemment du 20 mai au 17 juin de la même année, en pleine efflorescence secondaire. La malade a été soumise au traitement par les injections d'huile grise. Trois piqûres ont été faites dans la région fessière, la dernière remontant au 10 ou 15 juin. Le 17, la malade sortait complètement débarrassée de tous les accidents qui avaient motivé son entrée. Le traitement exécuté avec toutes les précautions antiseptiques désirables n'avait déterminé aucun accident local, lorsque, le 21 juillet, c'est-à-dire *plus d'un mois* après sa sortie, cette femme se présente avec une stomatite épouvantable.

La face est bouffie et violacée, la bouche entr'ouverte, les lèvres sont tuméfiées et une salive abondante et infecte s'écoule sans cesse aux commissures. Avec beaucoup de peine on peut apercevoir de vastes détritres blanc-jaunâtres, qui recouvrent les gencives, la langue, la muqueuse des joues. Les gencives sont absolument ramollies, les dents déchaussées. Impossibilité de s'alimenter : d'où amaigrissement très rapide, faciès terreux, anéantissement des forces. Gêne respiratoire marquée par suite de l'œdème buccal. Insomnie provoquée autant par la douleur que par l'angoisse. A ce degré de gravité les accidents durèrent 8 à 10 jours au moins. Ce n'est qu'à ce moment, que la thérapeutique fit son effet (Bains de bouche constants à la décoction de guimauve et pavot, chlorate de potasse intus et extra, régime lacté exclusif).

La guérison s'est terminée sans accident et la sortie de l'hôpital a eu lieu le premier septembre.

OBSERVATION II (Alex RENAULT)

C. R... âgée de 23 ans, entre à l'hôpital Broca le 1^{er} juillet 1896. C'est une fille vigoureusement constituée, dans les antécédents de laquelle il n'y a rien à signaler.

Syphilis en juillet 1895. Traitée à l'huile grise : 4 injections, une par semaine. Résultats excellents. Puis, dans un autre service, elle reçoit en

fraude pendant quatre mois (3) une injection de calomel par semaine. Puis de nouveau elle reçoit dans le service primitif quatre injections d'huile grise, la dernière en mai 1896. Le 1^{er} juillet elle entre à Broca accusant depuis 12 jours des douleurs très vives dans l'abdomen. Le surlendemain survient une métrorragie abondante accompagnée de gros caillots. La perte continue pendant quelques jours et les douleurs se calment. Le 4, c'est-à-dire *plus d'un mois et demi* après la dernière injection d'huile grise, la malade souffre de la bouche. En examinant la cavité buccale, on découvre des plaques blanc-grisâtres multiples, tapissant les gencives, le voile du palais, la langue et s'étendant même jusqu'à l'isthme du gosier. C'était le début d'une stomatite effroyable. Pendant quinze jours l'état persista à ce degré de gravité. Le 19, la malade sentit une amélioration. Celle-ci fait espérer une guérison prochaine lorsque le lendemain 20, C. R... qui, les jours précédents, avait eu déjà quelques hématémèses légères, éprouve des douleurs très vives dans l'abdomen et remplit en allant à la garde-robe environ deux vases de sang. Le 21, nouveau mélaena, moins abondant heureusement que la veille. Le 24, alors que tout semblait rentrer dans l'ordre, elle est prise de fièvre : la température atteignant graduellement le 30 le chiffre de 39°7. En même temps sueurs profuses pendant la nuit, toux sèche presque continuelle. A l'auscultation, on perçoit à droite et au sommet une expiration prolongée et légèrement soufflante.

Pendant le mois d'août, les signes de stomatite s'effacent peu à peu ; la bouche se détergè. L'état général s'amende également. Le 1^{er} septembre, la malade quitte l'hôpital guérie de sa stomatite mais conservant ses lésions pulmonaires.

J'ai eu l'occasion de la revoir au mois de novembre. La phlegmasie buccale n'a pas laissé de trace ; mais au sommet du poumon droit on perçoit, surtout après la toux, de petits craquements secs, qui indiquent une tuberculose en puissance.

Et RENAULT rattache non sans raison ces accidents à une seule et même cause : l'intoxication mercurielle.

Pourtant, insiste-t-il, les dents étaient en bon état, les urines ne renfermaient pas d'albumine, le foie était intact. La stomatite a ouvert la scène puis des escarres se sont produites sur la muqueuse intestinale, comme LUDWIG et ZILLNER ont montré qu'il s'en rencontrait souvent dans l'intoxication mercurielle rapide. Enfin, la tuberculose s'est développée à la faveur de la déchéance organique amenée par la stomatite.

Certes, dans cette observation on ne peut rendre entièrement responsable l'huile grise de ces graves accidents puisque, en fraude, la malade avait accumulé les injections de calomel. Mais la confirmation de l'existence des stomatites tar-

dives s'en trouve renforcée puisque, même après avoir reçu injections de calomel et injections d'huile grise, la stomatite ne s'en est pas moins déclarée *plus d'un mois et demi* seulement après la dernière piqûre.

OBSERVATION III (PAUTRIER in thèse LALANNE)

Résumé. — Fin février on institue un traitement par l'huile grise chez Mme X..., 25 ans, qui avait présenté dans ses antécédents un accouchement prématuré (6 mois 1/2) d'un enfant mort-né, et un accouchement à terme d'un enfant portant des stigmates d'hérédo-syphilis.

La quantité injectée dut être normale car le médecin se servit d'huile grise conservée en ampoules. 4 piqûres furent pratiquées dans la fesse à une semaine d'intervalle sans provoquer la moindre douleur. En revanche, chaque fois apparut une nodosité.

La bouche était en mauvais état.

Le 9^e jour après la dernière injection, début de stomatite intense avec diarrhée profuse et selles fétides. La température oscille entre 38°5 et 39°. Soins locaux : lavages, attouchements au bleu de mythylène. En même temps, le dentiste de l'hôpital pratique l'extraction de plusieurs molaires dont la présence entretenait l'infection buccale.

Tout à tour les maxillaires supérieurs se nécrosent et 4 séquestres sont successivement éliminés. Le 15 juin, c'est-à-dire *deux mois et demi* après le début de la stomatite, le maxillaire inférieur est atteint également.

Malgré la gravité et la persistance de la stomatite, la guérison survint.

Dans cette observation, les soins stomatologiques qui doivent précéder tout traitement mercuriel n'ont pas été institués, les urines n'ont pas été examinées, et, fait important sur lequel nous reviendrons, il y eut production de *nodosités*.

OBSERVATION IV (LASSERRE)

Résumé. — Chez un malade de 53 ans, en traitement pour accidents graves d'artérite syphilitique, on pratique pendant 10 semaines une injection hebdomadaire de 0 gr. 08 de mercure au moyen de l'huile grise. Les piqûres sont très bien supportées : il n'y a pas d'abcès mais plusieurs fois *quelques nodi*. Pas d'albumine. Bon état général.

Neuf jours après la dernière injection : coliques en même temps qu'apparaît une forte gengivite. Celle-ci s'aggrave rapidement : ulcérations gangréneuses rétro-molaires.

Alimentation strictement lactée.

Vingt jours plus tard l'état de la bouche est très amélioré, l'alimentation plus facile. Mais dans la quinzaine qui suit, nouvelle aggravation locale

et générale. Douleurs épouvantables, insomnies, faiblesse générale, fièvre, alternances de constipation et de diarrhée avec coliques. Salivation très abondante, fétidité épouvantable de l'haleine. Ulcérations multiples de la bouche. Albumine urinaire 0 gr. 25 par litre. Au vingtième jour de cette nouvelle poussée : exitus.

Dans cette observation où les doses n'ont pas été abusives, l'évolution en deux échelons dont nous avons parlé plus haut est particulièrement typique.

Ici encore à signaler l'existence de nodi fessiers.

OBSERVATION V (A. FOURNIER)

Résumée. — Pour une récurrence d'accident encéphalopathique chez un syphilitique quelque peu ancien, on institue un traitement par l'huile grise. Six de ces injections sont pratiquées suivant la formule usitée et sans accident, notamment sans stomatite. *Mais six semaines* après la dernière injection surviennent des phénomènes menaçants de stomatite. Salivation très abondante, odeur fétide, tuméfaction extraordinaire des gencives, ulcérations multiples de la bouche, puis phénomènes gangréneux. L'état général s'affaïsse, l'adynamie survient et finalement la mort, en dépit de tous les soins, et mort par stomatite sans autre symptôme.

Ici ce que nous soulignerons, c'est la fin de cette observation où FOURNIER insiste bien sur le mode de terminaison fatale : *par infection et nullement par intoxication.*

OBSERVATION VI (personnelle)

B....., 50 ans, spécifique ancien, a reçu une série régulière d'huile grise de 10 injections, une par semaine, aux doses courantes de 0 gr. 08 de Hg. Ce traitement a été fort bien supporté.

Mais 15 jours après la dernière injection qui remonte à quatre semaines, des accidents de stomatite se déclarent. Les gencives se tuméfient, deviennent légèrement douloureuses. La salivation augmente considérablement ; la fétidité de l'haleine est déjà très marquée. Au niveau de la 2^e molaire inférieure droite, saine mais légèrement mobile, apparaît bientôt sur la face vestibulaire de la gencive une ulcération ovale de la dimension d'une grosse lentille. On recherche les nodosités fessières, mais on n'en perçoit pas ; le sujet il est vrai est possesseur d'un panicule adipeux très développé.

Malgré les soins locaux (lavages à l'eau oxygénée, attouchements au bleu de méthylène, et au novar), malgré les soins généraux (régime lacté strict), la stomatite ne tarde pas à s'aggraver et à prendre un développement tel que le malade est hospitalisé dans le service du Docteur LEMAITRE le 22 janvier 1928.

La salivation est extrêmement abondante, et un filet pour ainsi dire ininterrompu de salive, filante, épaisse, s'écoule au niveau des commissures. Les lèvres tuméfiées sont constamment entr'ouvertes. La fétidité de l'haleine semble avoir diminué à la suite des lavages, mais elle est encore prononcée. Fait à souligner : le malade ne se plaint d'aucune douleur véritable.

L'état général est apparemment bon.

A l'examen à ce moment, un trismus considérable est mis en évidence. Le malade ne peut entr'ouvrir les mâchoires de plus d'un centimètre. Toute la partie inférieure de la région jugale droite et la région sous-maxillaire du même côté sont tuméfiées. Cette tuméfaction dépasse même la ligne médiane et empiète légèrement sur la moitié gauche. Elle est d'une dureté ligneuse.

L'examen endobuccal est rendu très difficile par le trismus. Pourtant on arrive à constater que toute la muqueuse des gencives au niveau du maxillaire inférieur droit est le siège, tant du côté vestibulaire que du côté lingual, d'une vaste ulcération recouverte d'un enduit diphtéroïde gris-verdâtre, s'enlevant d'ailleurs facilement. En-dessous, le fond apparaît anfractueux, tomentueux, mais ne saigne pas. La muqueuse génienne est atteinte elle aussi, en regard de la précédente ulcération. La langue est œdématiée.

L'exploration au stylet conduit sur de l'os dénudé, au niveau de la branche horizontale et à la naissance de la branche montante.

Le 4. — Au niveau de la tuméfaction sous-maxillaire qui gagne de jour en jour la peau devient violacée. Deux incisions d'1 cm, chacune, parallèles au bord inférieur du maxillaire donnent issue à une sérosité louche, peu abondante, et laissent se dégager quelques bulles gazeuses, d'une odeur épouvantable.

La température est à 38.5.

Albuminurie, Etat général rapidement déclinant.

Le 8 février. — Les deux incisions se sont réunies par ulcération de la peau. L'odeur est toujours nauséabondante. Le fond de la plaie est verdâtre. De nouveau, on intervient : on essaie de débrider, et on vide par lambeaux sphacelés presque tout le contenu de la loge sous-maxillaire.

Alimentation par sonde nasale.

Le 10. — Il suinte en permanence une sérosité fétide.

Urines de plus en plus rares.

Le 14. — Exitus.

En somme, ce qui domina le tableau clinique au cours de la deuxième partie de l'évolution, c'est celle même de ce phlegmon diffus gangréneux, de cette cellulite nécrotique des régions sous-maxillaire et sus-hyoïdienne.

De ce point de vue, le cas qui nous occupe nous paraît pouvoir rentrer dans la variété des formes *phlegmoneuses* décri-

tes par GAUCHER. Il s'agit le plus souvent de lésions unilatérales, au cours de l'évolution desquelles se constitue une tuméfaction sous-maxillaire dure, ligneuse, véritable œdème subaigu d'origine inflammatoire, susceptible de subir une transformation putride, et comparable alors au phlegmon diffus gangréneux sus-hyoïdien ou angine de LUDWIG.

GAUCHER en rapporta un cas typique dans lequel il put faire l'autopsie :

« Les incisions laissaient voir un tissu cellulaire infiltré, d'où s'écoulait une sérosité de mauvais aspect. Pas une goutte de pus. Le toucher du pharynx montrait que le phlegmon s'étendait très bas sur la paroi antérieure du pharynx, le long des gouttières pharyngo-laryngées. La glotte eut été à bref délai menacée. Pas de nécrose, pas d'escarre, pas d'élimination de séquestre, à proprement parler, mais des tissus diffluents, dans lesquels on enfonçait le doigt comme dans de la cire molle... »

OBSERVATION VII (M. MILIAN)

L'observation très complète suivante que publia en août 1927 M. MILIAN et que nous reproduisons, in extenso, à cause de son intérêt, est un nouvel exemple de stomatite tardive. Mais, de plus, elle individualise un type tout à fait spécial : la stomatite se compliquant de *myosite scléreuse* entraînant la contracture permanente des muscles masticateurs.

Gabrielle V..., 20 ans, entre le 4 mars 1926 salle Henri IV pour des lésions de la bouche datant du 15 janvier environ.

Pour syphilis oculaire, elle est traitée à Saint-Louis par l'huile grise une injection hebdomadaire de 0 gr. 07 de Hg pendant six semaines. Puis elle reçoit une série de 914 : la dernière de 0 gr. 60 le 1^{er} mars.

La dernière injection d'huile grise fut administrée le 18 janvier 1926, c'est-à-dire qu'elle date d'un mois et demi.

A son entrée, la malade très anémiée présente une stomatite intense avec gonflement des joues, salivation et douleurs telles, qu'elle était dans l'impossibilité de parler, de manger et même d'absorber des liquides. L'haleine était horriblement fétide. Les bords de la langue gonflés portent l'empreinte de toutes les dents, mais surtout marquée à droite. Ulcérations recouvertes d'un enduit diphtéroïde épais. La muqueuse des joues

est très tuméfiée et extérieurement les régions jugales sont très gonflées et douloureuses, surtout au niveau des masséters.

Il existe des ganglions sous-maxillaires assez volumineux et douloureux.

Pas d'albuminurie. Légère température : aux environs de 38°. Dès son entrée la malade est mise au 914. Elle reçoit ainsi : 0 gr. 30 le 10 mars, 0 gr. 45 le 15, 0 gr. 45 le 20 et on pratique quotidiennement, cela va sans dire, d'abondants lavages boriqués et d'eau oxygénée.

Cependant l'état général s'altère.

Le 27 mai, le docteur CADENAT pratique l'extirpation des nodosités mercurielles qui sont dans la profondeur de la fesse.

La malade revient salle Henri IV très améliorée localement, mais présente encore de la fièvre à type intermittent quotidien.

On refait une véritable série de 914. De 0 gr. 30 le 14 avril, jusqu'au 11 juin, où l'on fait la quatrième injection de 0 gr. 80. A la 2^e injection de 0 gr 45, le 24 avril, s'installe une fièvre élevée à 40°5, dont nous trouvons bientôt la raison dans l'existence d'un érysipèle des petites et des grandes lèvres ayant sans doute pour point de départ les plaies fessières.

Ce n'est que le 25 mai que la température retombe à la normale, époque à laquelle la stomatite entre franchement dans une période d'amélioration.

A cette date, la joue droite était encore très gonflée sans aucune rougeur.

Un séquestre du volume d'une grosse noisette avait été extirpé par le dentiste qui avait dû en même temps arracher trois grosses molaires supérieures droites et une supérieure gauche.

Le 15 juin la malade sort de l'hôpital.

Nous l'avons revue le 11 septembre, c'est-à-dire plus de six mois après le début des accidents. La stomatite était guérie et il n'y avait plus dans la bouche le moindre phénomène inflammatoire. Mais, par contre, il existait un *trismus considérable*. Le malade ne peut pour ainsi dire pas écarter les dents les unes des autres. Il est même impossible de lui ouvrir la bouche en essayant d'écarter avec un levier en bois les arcades dentaires : cette manœuvre détermine des contractures apparentes dans les régions zygomatiques et massétérales. L'alimentation ne peut se faire qu'avec des liquides ou des purées.

Ne trouvant plus aucun phénomène inflammatoire, ni la moindre douleur, nous avons pensé que ce trismus était pithiatique. Ce fut également l'avis du docteur BABINSKI auquel nous envoyâmes la malade : mais ayant chloroformé celle-ci, il constata la persistance de la contracture et conclut dès lors à la nature organique des accidents.

Malgré l'intensité du trismus, on pouvait percevoir des mouvements dans les articulations temporo-maxillaires. D'ailleurs, plusieurs radiographies pratiquées par M. BELOT n'ont pas révélé trace d'ankylose osseuse.

L'explication pathogénique de cette contracture qui s'est installée au moment des phénomènes aigus et qui persiste encore 12 mois après l'apparition de ceux-ci, et 4 mois après leur guérison totale, est difficile. Il s'agit d'une lésion organique : névrite ou myosite des muscles masticateurs, masséters surtout, provoquée de proche en proche par l'infection des mâchoires.

Il faut souligner qu'au cours de cette stomatite nous avons constamment constaté un gonflement considérable des joues sans rougeur, tenant vraisemblablement à l'inflammation diffuse des tissus adipeux et musculaires sous-jacents. Il nous paraît que la constatation de ce gonflement des régions massétérides, au cours de la stomatite aiguë, devra faire redouter pour la période de guérison, la séquelle de contracture des mâchoires.

Ce trismus nous paraît définitif. Des essais de mécanothérapie ont amené une très légère amélioration du trismus que nous avons constaté en mars 1927, c'est-à-dire un an et deux mois après le début de la stomatite. Mais il existait une amélioration particulière qui a son importance pathogénique. Au début de son trismus, la malade pouvait rapprocher les mâchoires mais *sans forcer*. Or, aujourd'hui, *la force musculaire est revenue*. La malade ne peut toujours pas écarter les mâchoires de plus de deux centimètres, mais elle peut les rapprocher : les faisceaux musculaires ont repris de la force et se sont partiellement régénérés.

Ce symptôme d'évolution nous paraît important pour expliquer le mécanisme du trismus : nous nous trouvons en présence d'une myosite scléreuse des masticateurs qui, par la restitution de la tonicité de leurs fibres retrouvent une certaine possibilité de contraction, c'est-à-dire d'effort.

Nous terminerons l'étude des formes cliniques des stomatites graves de l'huile grise par la stomatite *hypertrophique pseudo-scorbutique* décrite par FOURNIER.

En 1906, FOURNIER signala un type particulier de stomatite incombant à l'huile grise. On la rencontre surtout semble-t-il chez les malades de la ville. Elle ne se produit pas, comme la stomatite classique à la façon d'une irriation aiguë, rapide et violente des gencives, avec ce flux de salive, cette fétidité si connue. Elle survient lentement sans les préludes et les localisations constituant la stomatite d'alarme, sans grande douleur ; presque sans salivation. Puis après un certain temps on trouve les gencives exubérantes, transformées en gros bourrelets saignants, peu douloureux, presque *scorbütiques*. Les dents prennent une certaine mobilité par atteinte de leurs ligaments. Mais le plus souvent il n'y a pas d'ulcération et peu de fétidité, du moins relativement à celle qui est usuelle dans la stomatite hydrargyrique.

Cette gingivite hypertrophique est très difficilement curable malgré des soins de bouches assidus et appartient en propre à l'huile grise.

Mais à côté du type pourrait-on dire habituel de cette stomatite hypertrophique pseudo-scorbutique, qui est en somme toute d'une gravité moyenne, il existe des cas où vraiment le tableau clinique s'aggrave, où l'état général est très sérieusement touché et complète d'une façon saisissante l'allure scorbutique de cette stomatite hypertrophique.

Telle l'observation suivante :

OBSERVATION VIII (M. Ch. AUDRY)

Résumée. — X....., 58 ans, reçoit pour tabès une série d'injection d'huile grise dont la dernière remonte au 25 septembre 1915.

Nous le voyons pour la première fois le 17 novembre, Pâle, affaibli, il présente une tuméfaction gingivale énorme étendue à toutes les gencives, une salivation nocturne d'intensité modérée, une tuméfaction notable des glandes salivaires sous-maxillaires, surtout à droite.

Pas d'odeur de la bouche, aucune ulcération.

Pas d'albumine. Aucune lésion viscérale. Température: 39°2. La polypnée s'installe.

Le 19, la nuit a été mauvaise, épistaxis, crachats sanguinolents. Ecchymoses spontanées développées sur le voile et la voûte du palais. Etat stationnaire des gencives. Température: 40°5.

Le lendemain, léger mieux. Le malade urine bien. Mais persistance de crachats sanglants d'origine bucco-pharyngée.

Le 22, aggravation de l'état général. La température atteint 39°4 le soir. Il existe une infiltration hémorragique du bord gingival qui n'est ni ulcéré ni malodorant. Le lendemain, cet infiltrat est remplacé par de véritables caillots sous muqueux.

Le 24 au matin, état général très mauvais, fièvre et délire. Douleurs vives dans les épaules. Sur l'une et l'autre mains, trois ou quatre petites infiltrats hémorragiques, circonscrits, collectés, gros comme un pois et une véritable ecchymose sur le dos de la main gauche.

Vers 10 heures, hémorragie buccale et mort rapide.

Ici vraiment le tableau est saisissant de cette fusion intime de l'infection et de l'intoxication, de cette juxtaposition d'une stomatite fongueuse hypertrophique et hémorragique à cet ensemble de troubles humoraux, réalisant le masque du scorbut.

Telles sont les formes de stomatites graves généralisées de l'huile grise.

En résumé nous voyons que les aspects en sont bien typiques, réalisant des formes précoces, des formes tardives, la forme phlegmoneuse, la forme contracturante par myosite, enfin la forme hypertrophique pseudo-scorbutique.

En regard de ces formes généralisées il y a place pour *les stomatites ulcéro-nécrosantes localisées*. Celles-ci sont l'extrême exception et nous n'avons retrouvé dans la littérature que le cas rapporté par GAUCHER où à la suite de cinq injections d'huile grise, à 0 gr. 07 de Hg., une stomatite s'était déclarée. Au bout de trois mois d'évolution de celle-ci, il survint une nécrose du bord alvéolaire du maxillaire supérieur droit, suivie huit jours plus tard de la mobilisation puis de l'élimination d'un séquestre.

Pathogénie

Longtemps fut discutée la pathogénie des accidents de stomatite mercurielle.

Pourtant, grâce aux travaux de VINCENT, de GALIPPE et de LE BLAYE, tout le monde est d'accord aujourd'hui pour repousser la théorie toxique au profit de la théorie microbienne et particulièrement de la théorie spirillaire.

Dès lors l'enchaînement des faits est le suivant : à la faveur d'une intoxication mercurielle et du fléchissement de la résistance de l'organisme qu'elle entraîne, il se produit une exaltation de la virulence des microbes du milieu buccal, qui se multiplient et causent les accidents de stomatite.

Ce sont les spirilles, hôtes habituels de la bouche de l'homme qui jouent dans cette lutte le rôle primordial. En effet :

Cliniquement, les lésions apparaissent bien voisines de celles de toute stomatite ulcéro-membraneuse ou ulcéro-nécrotique dont on sait que l'association fuso-spirillaire de VINCENT est l'agent pathogène.

Bactériologiquement, d'ailleurs, c'est le bacille fusiforme et le spirille de VINCENT qui ont été retrouvés en prédominance dans l'étude histo-microbiologique des coupes. (Toutefois les cultures en sont toujours restées sans résultats.) Mais à côté de ces germes tous les autres peuvent se rencontrer, bien que moins nombreux, en particulier les germes anaérobies de la gangrène.

Expérimentalement, la stomatite mercurielle n'a pas pu être réalisée chez le cobaye, ni chez le lapin parce que non réceptifs à l'infection fuso-spirillaire, et chez le chien, peu réceptif, il a fallu de hautes doses de médicament pour qu'il présente des accidents.

Ainsi se trouve expliqué ce point sur lequel on a insisté depuis que la stomatite mercurielle a été décrite : les lésions se rencontrent avec le plus de facilité, comme aussi avec le plus de gravité, dans les bouches mal soignées, et la stomatite débute

toujours au niveau d'une lésion bucco-dentaire : chicots, tartre, carie, dents de sagesse en évolution, lésions de pyorrhée alvéolo-dentaire, etc... Ce sont des nids à spirilles, tout prêts à se développer et à entrer en lutte.

Ceci explique d'ailleurs très facilement comment les auteurs partisans de la théorie toxique ont pu tirer argument de la plus grande fréquence des ulcérations au niveau des lacs salivaires, pour proclamer que la salive contenait du mercure qu'elle servait à éliminer, et que *seul* ce mercure était responsable des accidents. En réalité, s'il n'est pas niable que la stomatite soit plus fréquente aux points indiqués, c'est tout simplement parce que c'est là que le tartre salivaire se déposera le plus facilement, le plus abondamment, et qu'à sa faveur, les caries dentaires se formeront avec le plus de facilité.

Ainsi la stomatite nous apparaît bien comme étant *une infection déclenchée par une intoxication*; et si la première se développe pour son compte, il n'en reste pas moins que la seconde l'entretient tout en causant dans l'organisme les troubles qu'il est habituel d'y rencontrer à la suite de l'intoxication de l'intoxication mercurielle. Ce sont la néphrite, l'atteinte hépatique et les troubles sanguins qu'elle entraîne, les lésions du tube digestif. Les émonctoires ne fonctionnant plus, les reins étant plus ou moins bloqués, l'intoxication s'aggrave, partant la stomatite et dès lors les choses se précipitent.

Pourtant il n'en est pas toujours ainsi, et bien souvent comme dans l'observation V, par exemple, la mort survient uniquement par infection, par *septicémie*, et non par intoxication. Chose remarquable : les reins peuvent rester indemnes jusqu'au bout. L'albuminurie que l'on s'attendrait pourtant en tout état de cause à rencontrer chez un sujet aussi profondément infecté peut même faire défaut, et à l'autopsie on ne constate nulle, ou de bien légères lésions rénales ou viscérales. BROCCQ et GAUCHER ont insisté sur ces faits, de même que LE BLAYE qui écrit dans sa thèse (page 73) : « En général, la plupart des animaux de nos expériences présentaient peu de lésions rénales. »

Mais comment expliquer le mode d'apparition tardive des stomatites de l'huile grise et leur gravité toute particulière? C'est ici qu'il faut faire intervenir la question *des nodi*.

C'est encore un point qui a été longtemps discuté et au sujet duquel les avis divergent.

En 1888, BALZER et ses élèves, M^{lle} KLUMPKE et REBLAUD montrèrent que l'huile grise provoquait une inflammation véritable, non microbienne, des tissus. Cependant on n'avait jamais étudié le cycle complet des réactions inflammatoires, et la nodosité, cette forme typique, persistante, chronique, de la réaction était ignorée du point de vue de sa structure et de son évolution.

Les expériences furent reprises par BORY qui montra que le premier effet de l'injection est un appel de leucocytes polynucléaires au point injecté. Le liquide dissocie les faisceaux musculaires et c'est le long des bords des lacunes ainsi formées et remplies de mercure que se fait l'appel leucocytaire. Dans un deuxième temps les tissus réagissant eux-mêmes, les fibres musculaires subissent la désintégration granuleuse et l'on peut voir autour des amas leucocytaires de grosses cellules à contours polyédriques qui sont des macrophages de provenance conjonctive.

Histologiquement, l'aspect rappelle très schématiquement celui d'un follicule tuberculeux, de même que macroscopiquement la nodosité ressemble à un tubercule en voie de ramollissement. La cellule géante serait représentée par un globule de mercure, et les cellules environnantes sont des leucocytes polynucléaires dont les plus rapprochés du centre sont frappés de mort. Le tissu conjonctif forme tout autour une zone de réaction qui limite le processus inflammatoire.

Physiologiquement, BORY expliquait la nodosité comme formée de nodules élémentaires comprenant :

1° Au centre une zone inerte formée par le mercure ;

2° Tout autour une zone active d'absorption et de réserve formée par les macrophages et leurs vacuoles remplies de mercure solubilisé ;

3° A la périphérie une zone conjonctive aux dépens de laquelle naissent les éléments embryonnaires destinés à remplacer les éléments dégénérés.

Et il concluait : « L'huile grise est à un double titre un corps étranger insoluble (Hg et huile de vaseline). Il faut, pour que l'absorption soit possible, le secours d'une action vitale sans laquelle l'huile resterait indifférente au milieu des tissus comme la paraffine injectée dans un but de prothèse. Cette action vitale c'est le mercure, agent toxique qui la provoque et c'est grâce à elle que les cellules fixes du tissu conjonctif, transformées en macrophages, se chargent : 1° de solubiliser, d'assimiler le mercure et la graisse pour les livrer à la circulation; 2° de limiter la résorption en retenant dans leurs vacuoles la quantité dissoute qui ne peut être livrée sans danger pour l'organisme. En somme la réaction nous apparaît en pareil cas comme un admirable régulateur de résorption du corps toxique. *elle nous apparaît même indispensable.* »

Si l'étude histologique du processus d'inflammation subaiguë envisagée dans la formation de la nodosité est exacte, l'interprétation nous semble singulièrement erronée, et allant à l'encontre des faits cliniques. BORY rapporte d'ailleurs lui-même une observation de stomatite de l'huile grise où « l'excision de ces nodosités, *sources d'intoxication permanente et prolongée*, a été la condition première de la guérison du malade ». Comment dans ces conditions concevoir la théorie précitée ?

En réalité, et M. MILIAN, partisan convaincu de l'huile grise, a insisté sur ce point à plusieurs reprises, la nodosité est elle-même *un accident* du traitement et sa formation est due à une mauvaise technique de l'injection.

« Poussée en plein muscle, écrit-il, l'injection ne donnera jamais de nodosité; et si le médecin sait éviter celle-ci il évitera la stomatite. Si au contraire l'huile est déposée dans un tissu conjonctif, dans le tissu cellulaire sous-cutané ou au voisinage d'un tissu aponévrotique, non seulement elle sera douloureuse, mais c'est aussi dans ces conditions qu'elle s'enkys-

tera. En effet s'il n'y a pas à l'état normal de capillaires suffisants dans le tissu cellulaire pour une absorption rapide, le muscle, lui, au contraire, est le tissu de choix parce qu'insensible, et merveilleusement disposé pour l'absorption avec ses capillaires nombreux entre chaque fibre. Le médecin qui so trouvera en présence d'une stomatite de l'huile grise, pourra être certain de trouver 95 fois sur 100 une nodosité sous-cutanée ou juxta-aponévrotique. »

Et à l'appui de cette théorie, M. MILIAN rapporte une observation où l'huile grise fut injectée comme s'il s'agissait d'un sel soluble à la dose de 2 cmc., et où cependant il n'y avait pas eu de stomatite, parce que, dit-il, il n'avait pas existé de nodosité.

La nodosité constitue donc une réserve de mercure métallique susceptible d'une décharge brusque dans l'organisme à la suite de la rupture de la zone périphérique. Cette rupture peut être brutale, à la suite d'un traumatisme, comme elle peut être aussi, pour ainsi dire, fractionnée, fissuraire. Le cas rapporté par AUGAGNEUR à la Société de Dermatologie et dont nous avons parlé dans l'historique est particulièrement démonstratif à ce sujet : chaque fois que le malade faisait de la bicyclette il présentait des accès de salivation qui ne cessèrent qu'avec l'ablation des nodosités.

D'autre fois, d'après Brocq, il faut incriminer comme favorisant cette décharge, l'administration d'iodure de potassium, ou peut-être certaines cures par les eaux minérales sulfureuses. Mais parfois aussi, rien ne vient expliquer cette libération soudaine du mercure. Quoi qu'il en soit les résultats thérapeutiques que peut donner, dans ces cas, l'intervention qui enlèvera les dépôts métalliques, affirment d'une façon indubitable que leur rôle était actif dans la genèse des accidents de stomatite.

Une objection subsiste : les cas ne sont pas rares, et nous en trouvons dans les observations que nous avons rapportées, où des stomatites tardives extrêmement graves, parfois mortelles, étaient survenues en l'absence de toute nodosité. Dans

ces cas, on s'explique difficilement leur apparition, bien que l'on puisse prétendre qu'un examen radiographique eût décelé dans la région fessière profonde, les dépôts mercuriels, dont une intervention aurait pu délivrer le malade. Ceci n'est pas une hypothèse sans fondement, puisque SICARD a pu citer à la Société médicale des Hôpitaux en 1906 une observation dans laquelle ce rôle adjuvant et révélateur de la radiographie avait été du plus précieux secours.

Quant à la gravité même de ces stomatites tardives de l'huile grise, elle est facilement explicable par la quantité de mercure soudainement déchargé dans l'organisme. Non seulement chaque injection d'huile grise est très riche en mercure puisqu'elle en contient en moyenne 0 gr. 07, mais encore ce mercure est à l'état *métallique* et il est vraisemblable que son coefficient de toxicité s'en trouve accru. Ceci dit sans préjuger de la possibilité, de la rupture simultanée, sous l'influence d'une même cause, de plusieurs nodosités : auquel cas, les quantités de mercure ainsi libérées arrivent à être considérables.

Mais insistons bien sur ce point : que le mercure ne fait que préparer le terrain, par la moindre résistance qu'il provoque et à la faveur de laquelle la stomatite évoluera.

En synthèse la stomatite de l'huile grise est *une stomatite infectieuse à point de départ toxique*. Elle est *tardive*, lorsque la préparation huileuse s'est enkystée dans le tissu cellulaire sous-cutané ou profond, et qu'à la suite d'une cause occasionnelle quelconque (traumatisme, ingestion de KI, ou voire, peut-être, d'une cure d'eau minérale sulfureuse), il y a libération parcellaire ou massive, d'une quantité de mercure telle que le seuil de toxicité de ce métal est atteint ou dépassé. Elle est toujours grave, non seulement par suite de la quantité de poison mis en circulation dans l'organisme, mais aussi, sans doute, à cause de la nature même de l'huile grise dans laquelle le mercure se trouve à l'état métallique.

Conclusions thérapeutiques

Rappelons cette phrase d'EMERY, en parlant de l'huile grise : « Cette préparation devrait être la dernière des préparations mercurielles à employer. »

Malgré les progrès évidents et considérables de la méthode, trop d'accidents restent encore possibles, en dehors de toute erreur de dose ou de technique.

Si, malgré tout, la question de commodité l'emporte sur toute autre considération, et si l'on préfère six injections d'huile grise, à raison d'une par semaine, aux piqûres plus nombreuses, certes, mais plus sûres et au moins aussi efficaces que nécessite l'emploi de sels solubles de mercure, ou même de sels insolubles ou solubles de bismuth, ou encore de préparations arsenicales (ces deux médicaments gagnant chaque année un terrain énorme), on se souviendra de ce mot de PARROT : « Mieux vaut prévenir la stomatite que la guérir », car dans les stomatites de l'huile grise, on ne peut jamais être sûr de s'en rendre maître, même en s'attaquant au début de la complication, même si elle paraît, dès l'abord, peu grave.

Il est toute une catégorie d'individus auxquels, sous aucun prétexte, on ne sera autorisé à injecter de l'huile grise : ce sont tous les débilités, tous les affaiblis. A ce titre, les diabétiques, les tuberculeux, les cachectiques, les cardiaques en période de décompensation, les femmes en état de grossesse, les convalescents de maladies graves, ne doivent pas courir les risques que comportent les injections d'huile mercurielle. Au même titre, nous citerons les individus atteints de syphilis secondaire grave, maligne, dont l'état général est touché d'une façon souvent impressionnante.

A ceux-là, nous ajouterons, et d'une façon aussi formelle, les rénaux. La présence d'albumine dans les urines, et on devra la rechercher systématiquement, devrait toujours faire rejeter l'emploi du mercure : même lorsque cette albuminurie

est sûrement spécifique. Car, si au cours des hépatites de la vérole, le novar, malgré sa toxicité vis-à-vis de la cellule hépatique, rend de grands services et amène des guérisons, encore qu'il soit peut-être plus prudent d'employer le cyanure, le mercure, sous toutes ses formes, à plus forte raison l'huile grise, est dangereux en cas de néphrite. Le foie est infiniment plus tolérant pour l'arsenic que le rein ne l'est pour le mercure. En tout cas, faire usage d'huile grise lorsqu'il y a de l'albuminurie ou négliger de rechercher celle-ci est une faute lourde, et le médecin qui s'en rend coupable doit être tenu pour responsable des accidents graves auxquels il laisse ainsi la porte ouverte.

Les hépatiques, et à ce titre, les alcooliques, devront également être tenus à l'écart de l'huile grise.

Enfin, il faut savoir qu'il y a des bouches dans un état tel que, même soignées, elles ne sauraient autoriser impunément un traitement par l'huile grise, telles les bouches pyrrhéiques, par exemple.

Une dernière précaution à prendre sera de rechercher la susceptibilité au mercure du sujet à traiter, pour se mettre à l'abri de toute idiosyncrasie. Pour ce faire, on pratiquera trois ou quatre injections de sel soluble : biiodure ou cyanure.

Ces réserves capitales étant faites, il faut faire mettre la bouche de ses malades en état par un spécialiste averti. Celui-ci procédera à l'extraction de tous les chicots, des racines; il traitera les caries, fera un détartrage minutieux (et on ne saurait être trop exigeant à cet égard), et, ce n'est que lorsqu'il estimera en conscience que rien n'a été négligé, qu'il pourra remettre le malade au médecin traitant, en recommandant pendant toute la durée du traitement des soins d'hygiène bucco-dentaire rigoureux (brossage des dents matin et soir, après chaque repas, au moyen d'une brosse dure, avec une pâte dentifrice antispirillaire, lavages de bouche avec de l'eau oxygénée, usage de chlorate de potasse). Ces soins stomatologiques ont une importance capitale, et suivant la forte expression de notre maître, le Dr CHOMPRET, il faut considérer

comme *un crime*, d'instituer un traitement par l'huile grise chez un sujet dont la bouche n'est pas d'une intégrité parfaite.

On choisira une huile grise fraîche, homogène, épaisse. Mieux encore, on donnera la préférence à une huile d'amalgame d'argent, dont les injections sont plus généralement moins douloureuses et moins susceptibles de déterminer des accidents graves, parce que moins toxiques.

Jamais on ne forcera la dose classique : 0 gr. 07 ou 0,08 chaque semaine en une injection, à continuer pendant six semaines. On emploiera pour éviter toute erreur une seringue spéciale, celle de BARTHÉLÉMY, par exemple, dont chaque division correspond à 0 gr. 01 de Hg. Chaque série sera espacée de la précédente d'un intervalle de repos d'au moins deux mois.

Enfin, le praticien mettra tous ses soins à éviter la formation de nodosités. Pour ce faire, il suivra la technique de MILIAN :

1° En utilisant une aiguille de platine irridié, de préférence, fine, longue de 5 à 6 centimètres. On prendra garde à ce qu'elle ne présente pas de fissures. (En effet, ces aiguilles sont faites d'une mince feuille de platine enroulée sur elle-même, d'où la possibilité, si cet enroulement n'est pas absolument parfait, de fissures par lesquelles l'huile pourrait sourdre au moment de l'injection dans le tissu cellulaire sous-cutané, et par conséquent déterminer la formation de nodosités.)

2° En faisant asseoir son malade de façon à piquer automatiquement dans la masse musculaire, sans léser le sciatique et en dehors de la région qui supporte la position assise et qui, de ce fait, est le siège de traumatismes constants. C'est dire que l'injection sera poussée au-dessus de la ligne joignant l'épine iliaque postérieure et inférieure au sommet du grand trochanter. Au cours d'une même série, on suivra une marche déterminée, par exemple de dedans en dehors, de manière à ne pas déposer de mercure deux fois au même endroit.

3° En piquant l'aiguille à vide, en allant en plein muscle.

Les aponévroses et les vieux foyers seront évités en changeant la position de l'extrémité de l'aiguille, lorsqu'on sentira une résistance toute spéciale facilement reconnaissable. L'injection sera poussée lentement, après qu'on se sera assuré que l'aiguille n'a pas pénétré dans un vaisseau.

4° En faisant suivre l'injection d'huile de l'injection d'une bulle l'air pour chasser ce qui pourrait rester dans l'aiguille et en retirant celle-ci en deux temps. Dans le premier on opère lentement, essuyant la pointe dans le muscle et dans un deuxième temps, on la retire vivement.

On surveillera continuellement l'état de la bouche, la formation possible de nodosités fessières.

A la moindre alarme de stomatite, comme en présence de toute manifestation d'intolérance que nous avons signalée sous le nom de « grippe ou de neurasthénie mercurielle », on suspendra le traitement. De même s'il survient de l'albuminurie, même à peine marquée.

S'il y a des nodosités, on suivra de près leur évolution, en s'abstenant de donner toute médication à base d'iodure de potassium ou d'ordonner toute cure d'eau minérale sulfureuse.

La stomatite déclenchée, le pronostic sera toujours réservé, même si à son début elle ne semble présenter aucun caractère de gravité.

La première chose à faire, sera de rechercher les nodosités fessières, en s'aidant au besoin de la radiographie. Puis, s'il s'en trouve, comme généralement en cas de stomatites tardives, de faire pratiquer leur excision.

Contre l'infection spirillaire, de grands lavages au bœck, avec de l'eau oxygénée, seront institués, plusieurs fois par jour. On cautérisera les ulcérations avec des solutions d'acide chromique au 1/20, ou d'acide chlorhydrique au 1/4 ou 1/5. Mieux, on détergera soigneusement ces ulcérations et on appliquera à leur niveau soit de la poudre pure de novarsenobenzol, soit un collutoire glycérimé au novar (0 gr. 15 pour 5 cmc. de glycérine), et toujours on fera une série complète d'injections intravei-

neuses de novar. On adjoindre enfin des injections de sérum antigangréneux polyvalent à la dose de 60 cc. par jour.

Du point de vue toxique, on tentera de faire de la dérivation intestinale par de petits purgatifs répétés.

Le régime lacté absolu sera institué.

Enfin, suivant les conseils d'AUDRAIN, on fera des injections quotidiennes de 30 cc. de plasma de QUINTON.

Dès qu'il y aura formation d'un séquestre, qu'il sera devenu mobilisable, on pratiquera son ablation, en prévoyant le nécessaire pour se rendre maître de toute hémorragie, fréquente à ce moment et dans ces formes.

En cas de guérison, le reliquat des formes graves et mutilantes relèvera de la chirurgie restauratrice.

Conclusions

1° Pour être devenues beaucoup moins fréquentes, les stomatites de l'huile grise n'en restent pas moins réelles.

2° Elles peuvent être légères ou de moyenne intensité comme toute stomatite mercurielle.

3° Mais elles sont souvent graves, rappelant les stomatites « historiques ».

4° Elles sont alors : soit localisées, ce qui est rare,
soit généralisées, ce qui est fréquent, réalisant des formes clitiques variées dont les plus typiques sont la stomatite tardive et la stomatite hypertrophique pseudo-scorbutique ; plus accessoirement la forme phlegmoneuse et la stomatite contracturante.

5° Etiologiquement, ce sont des stomatites ulcéro-nécrotiques *infectieuses*, dues à l'exaltation de la virulence des spirilles de la bouche, à l'association fuso-spirillaire de Vincent par suite du fléchissement organique causé par l'intoxication mercurielle.

6° Leur apparition tardive est conditionnée par la brusque libération sous des causes occasionnelles diverses, de la préparation huileuse enkystée sous forme de nodosités fessières.

7° Leur gravité tient à la quantité de poison mis en circulation, et qui entretient l'infection au niveau de la bouche, et à la forme métallique sous laquelle se trouve le mercure.

8° La mort, lorsqu'elle survient, est le fait soit uniquement de l'infection, de la septicémie, soit d'un complexe toxi-infectieux.

9° L'emploi de l'huile grise devra être réservé aux sujets robustes, pour lesquels on se mettra à l'abri de l'infection spiril-

laire par des soins stomatologiques appropriés, qu'il serait *criminel* de négliger, et à l'abri de l'intoxication par un examen général minutieux et une technique parfaite des injections qui aura pour but d'éviter la formation de nodosité.

Vu :le Doyen,

H. ROGER.

Vu : le Président de la Thèse,

LEREBoullet.

Vu et Permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

Bibliographie

- ABADIE. — Modifications à apporter au traitement général de la syphilis (*Bulletin Dermato.* 1895).
- AUDRY. — Intoxication mercurielle à forme scorbutique consécutive à l'huile grise. Mort (*Ann. de Dermatq. et de Syph.*, oct. 1915, p. 13).
- AUGAGNEUR. — Injections hypodermiques de substances mercurielles dans le traitement de la syphilis (*Bull. Soc. Fr. de Dermato. et de Syph.*, août 1894).
- BALZER. — In *Bull. Derm.*, 27 février 1896.
- BARTHÉLÉMY. — Nouvelle note sur la pratique des injections d'huile grise (*Bull. Dermato.*, 10 mars 1898).
- BIZARD Léon. — Les principaux accidents dus aux injections d'huile grise dans le traitement de la syphilis (*Annales de Thérapeut. dermat. et syph.*, 1905).
- BORY. — Des réactions locales consécutives aux injections intramusculaires de l'huile grise (*Annales des Malad. vénér.*, 1908, p. 329).
- BRIEND. — Thèse Paris 1888. L'huile grise.
- BRISSEY. — Recherche expérimentale sur les injections intramusculaires d'huile grise. Th. Paris 1908.
- BUREAU (M.). — Trismus hystérique datant de neuf mois consécutif à une stomatite mercurielle (*Gaz. Méd. de Nantes*, 1904).
- CADEAC. — *Lyon médical*, 22 janv. 1908.
- CHEMINADE. — Injections mercurielles. Thèse de Bordeaux 1889.
- DUHOT. — Technique des injections d'huile grise (in *La Syphilis* de Barthélemy). juillet 1906.
- DUHOT. — Traitement intensif de la syphilis par l'huile grise (*Bull. Dermato.*, févr. 1907).
- EMERY. — De l'emploi de l'huile grise (in *La Syphilis* de Barthélemy, 1907, p. 1).
- ETIENNE. — Note sur les injections d'huile grise (*Bull. Derm.*, févr. 1907).
- A. FOURNIER. — Causes et traitement préventif de la stomatite mercurielle (*Méd. Mod. Paris*, 1891).
- A. FOURNIER. — Réflexions sur l'huile grise (*Bull. Dermato*, févr. 1907).
- A. FOURNIER. — Traitement de la syphilis (1902, chez Rueff).
- GAUCHER. — Intoxication mortelle par l'huile grise (*Ann. de Mal. Vénér.*, 1915, p. 513).
- GAUCHER. — Nécrose limitée du maxillaire supérieur à la suite d'injections d'huile grise (*La Syphilis* de Barthélemy, 1907, p. 381).
- GAUCHER. — Nouveau cas de mort à la suite d'injections d'huile grise (*Bull. Derm.*, déc. 1907).
- GAUCHER. — Cinq cas de mort à la suite d'injections d'huile grise (*Ann. des Mal. Vénér.*, 1906).
- GUIGNES. — Intoxication par le mercure (*J. de Pharm. et de Chimie*, Paris, 1901, 6 S. XIII, 454-458).

- JULLIEN. — Deux mots sur l'huile grise (*Bull. Dermat.*, 21 févr. 1907).
- KAPUST. — Empoisonnement mercuriel aigu par l'huile grise (Congrès de Saint-Louis, 1889).
- LAFAY. — Pharmacologie de l'huile grise. O. Doin, 1906.
- LACARDE. — La stomatite mercurielle maladie fuso-spirillaire. Th. de Paris, 1909.
- LALANNE. — L'huile grise dans le traitement de la syphilis et la stomatite mercurielle à forme tardive. Th. de Paris, 1909.
- LANG. — Oculum cinereum (*Arch. für Dermato. und Syphil.*, 1889).
- LASSEIRE. — Intoxication mortelle à la suite d'injection d'huile grise (*Bull. Dermat.*, 4 mars 1909).
- LE BLAVE. — Recherches expérimentales sur la stomatite mercurielle (Th. de Paris, 1911).
- LELOIR et TAVERNIER. — Injections mercurielles (*Bull. Acad. de Méd.*, 1890).
- LE PILEUR. — Des injections intra-musculaires d'huile grise (*Bull. Dermat.*, 30 janvier 1896).
- LE PILEUR. — Une seringue à vis micrométrique pour le dosage exact des injections d'huile grise (*Bull. Dermat.*, 10 déc. 1890).
- LE PILEUR. — Une salivation grave peut-elle se produire après injections d'huile grise (*Bull. Dermat.*, 26 avril 1897).
- LERMOYER. — Sur la pathogénie de la stomatite mercurielle (*Bull. méd.* Paris, 1898, p. 999-1001).
- LETULLE. — Stomatite mortelle par injection répétée d'huile grise (*Bull. Soc. Méd. des Hôpitaux*, 16 nov. 1906).
- LÉVY-BING. — L'intoxication mercurielle d'origine thérapeutique (*Ann. des Mal. Vénér.*, 1908, p. 583).
- MILIAN. — Liseré mercuriel à la suite d'injections d'huile grise (*Bull. Dermat.*, déc. 1906).
- MILIAN. — Stomatite mercurielle et nodosités d'huile grise. (*Bull. Dermat.*, nov. 1926).
- MILIAN. — Stomatite de l'huile grise. Trismus permanent après guérison (*Revue franç. de Dermato. Vénér.*, juillet 1927).
- MAUREL. — La stomatite mercurielle (*Gaz. Hôp.*, septembre 1920).
- MOLLIN (J.-A.-M.). — De la stomatite mercurielle tardive (Paris, 1894).
- PIETKIEWICZ. — Nettoyage de la bouche et des dents en vue des traitements mercuriels et bismuthiques (*Revue franç. derma. et vénér.*, juin 1926).
- PROST. — Contribution à l'étude et au traitement de la stomatite mercurielle (Paris 1902).
- QUEYRAT. — Injections d'huile grisé et stomatite mercurielle (*Bull. Soc. Méd. des Hôp.*, avril 1908).
- RENAULT. — Note pour servir à l'histoire du traitement de la syphilis par les injections de mercure insoluble (*Bull. dermat.*, 2 avril 1894).
- RENAULT. — Nouvel exemple de stomatite intense et tardive à la suite d'injections de mercure insoluble (*Bull. Dermat.*, 11 février 1897).
- RENAULT. — Considération sur l'emploi de l'huile grise dans le traitement de la syphilis (*Bull. Derm.*, 21 févr. 1907; *Bull. Derm.*, 1910, p. 139).

- RUPPE. — Stomatites ulcéro-membraneuses (*Gaz. des Hôp.*, 14 avr. 1928).
- STOKROVENKOFF. — Essai d'éclaircissement des principes du traitement de la syphilis par le mercure (*Bull. dermat.*, 2 août 1896).
- THÉRAULT. — L'huile grise dans le traitement de la syphilis. Thèse Paris, 1893.
- THIBIERGE. — Note sur les injections de préparations mercurielles insolubles et en particulier d'huile grise dans le traitement de la syphilis (*Bull. Dermat.*, août 1894).
- THIBIERGE. — Note sur les indications générales de la méthode des préparations insolubles (*Bull. Dermat.*, janv. 1896).
- VANVAERTS. — Le traitement antiseptique de la stomatite mercurielle. (*Ann. de Méd. Scient et Prat.* Paris, 1898, p. 393-395).
- VOGELER. — In *Berliner Klin. Wochenschrift*, 1890, n° 41.
- WATSON. — Stomatite mercurielle mortelle (Réunion Dermat. de Nancy, 26 mai 1926).
- ZIEGLER. — L'huile grise dans le traitement de la syphilis (*Arch. für Dermatol. und syphilis*, 1907, t. 87, fasc. 1).

